ARTIGO ORIGINAL

Estratégias de adesão à atividade física: uma revisão

Accession strategies for physical activity: a review

Kátia Kéllen de Paula Aguilar Las Casas[1], Rony Carlos Rodrigues Las Casas[2], Vitor Honorato Marques[3], Vera Regina Guimarães[4], Bruno Hudson Coutinho[5], Elza Machado de Melo[6], Ulysses de Barros Panisset[7]

[1] Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – PBH, Secretaria Municipal de Saúde-SAMS, Academia da Cidade de Belo Horizonte; Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva-NESCON. Belo Horizonte, MG – Brasil.
[2] PBH, SAMS, Coordenação das Academias da Cidade de Belo Horizonte; UFMG, FM, NESCON. Belo Horizonte, MG – Brasil.
[3] Academia da Polícia Militar de Minas Gerais – APMMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.
[4] UFMG, FM, NESCON. Belo Horizonte, MG – Brasil.
[5] PBH, SAMS, Academia da Cidade de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.
[6] UFMG, FM, Departamento de Medicina Preventiva e Social. Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horioznte, MG – Brasil.
[7] UFMG, FM. Belo Horizonte, MG – Brasil.

RESUMO

Introdução: devido ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis, destaca-se a necessidade de indicar caminhos que mobilizem as instituições, a sociedade civil e a população para a adoção de vida saudável. **Objetivo:** contribuir com subsídios para formulação de estratégias de adesão à atividade física a partir dos êxitos registrados na revisão de literatura. **Métodos:** selecionar estudos narrativos em seres humanos, entre 2005 e 2015, que respondam à pergunta PICO por meio do Mesh 1 e Mesh 2. **Resultados:** 33 artigos distribuídos em três propostas de intervenção. **Conclusão**: para potencializar a adesão à atividade física, os atores sociais devem se comunicar e as vozes dos usuários do serviço devem ser valorizadas.

Palavras-chave: Promoção de Saúde; Atividade Física; Cooperação do Paciente.

ABSTRACT

***Introduction**: Due to the increase in non-communicable chronic diseases, it is necessary to point out ways that mobilize institutions, civil society and the population to adopt healthy life. **Objective**: To contribute with subsidies for the formulation of strategies for adherence to physical activity through the successes listed in the literature review. **Methods**: Select human narrative studies between 2005 and 2015 that answer the PICO question through Mesh 1 and Mesh 2. **Results**: 33 articles distributed in three intervention proposals. **Conclusion**: To enhance adherence to physical activity, social actors must communicate and the voice of service users should be valued.*

***Key words**: Health Promotion; Physical Activity; Patient Compliance.*

INTRODUÇÃO

No cenário mundial, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) crescem de maneira considerável, por meio das doenças emergentes e reemergentes, da desigualdade social marcante, da morbimortalidade das populações, principalmente pelas transições epidemiológica, demográfica, nutricional e da atividade física relacionadas ao comportamento e estilo de vida.[1] Assim, o foco das ações deve ser baseado no Pacto pela Saúde[2], nos pilares da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)[3] e nas principais doenças crônicas destacadas no Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil de 2011-2022.[4]

Esse cenário traz para a agenda da saúde a necessidade de discutir e indicar caminhos estratégicos que mobilizem as instituições, a sociedade civil e a população à adoção de modos de vida saudáveis.

Para promover a saúde, prevenir e enfrentar essas doenças e agravos, o Sistema Único de Saúde (SUS), entre outros serviços de promoção de saúde, institucionali-

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Rony Carlos Rodrigues Las Casas
E-mail: ronylascasas@gmail.com

zou a Política Academia da Saúde, que visa fortalecer a promoção de saúde e prevenir as DCNTs com base na atividade física. Esta pode ser entendida como qualquer movimento corporal realizado pelos musculoesqueléticos que resultem em gasto energético maior que os níveis de repouso.[5]

Tendo em vista a prevalência, o alcance global e o efeito deletério para a saúde da inatividade física, a questão deve ser adequadamente descrita como pandemia, com amplas consequências na saúde, na economia, no ambiente e nas relações sociais.[6] Dessa forma, é importante entender os motivos que levam algumas pessoas a praticarem atividade física e outras não. O modelo ecológico dos determinantes da atividade física[6] apresenta o cenário influenciador na adesão a essa prática (Figura 1). Sendo assim, o objetivo deste estudo é contribuir com subsídios para formulação de estratégias de adesão à atividade física a partir dos pontos exitosos citados na revisão de literatura.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de revisão de literatura conduzido a partir dos temas relacionados à subutilização, ao absenteísmo à adesão às práticas corporais, à atividade física, ao exercício físico, às ações de promoção de saúde e prevenção de doenças (*underuse*, *absenteeism*, *adhesion*, *motivation*, *demotivation*, *body practices*, *physical activity*, *physical exercise and health promotion*), no qual foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a estratégia público, intervenção, controle ou comparação e desfecho (PICO) – "*outcomes*" e o *Mesh* para busca de evidências nos *sites* de base de dados da saúde.

As buscas foram executadas por dois profissionais de Educação Física com especializações relacionadas às políticas públicas, à atividade física e à motivação, além de trabalharem com ações nessas áreas de conhecimento.

A pergunta PICO definida foi: quais são as causas da subutilização, da desmotivação e do absenteísmo nas políticas públicas que utilizam a atividade física como estratégia para melhoria da saúde, redução das doenças, morbidades e mortalidades? (*What are the causes of underutilization, demotivation and absenteeism in public policies that use physical activity as a strategy for improving health, reduction of disease, morbidity and mortality*?).

Figura 1 - Modelo ecológico dos determinantes da atividade física.[6]

A busca de evidências foi dividida em *Mesh*1 – Pesquisa A: (((“*underuse*” *OR* “*absenteeism*” *OR* “*adhesion*” *OR* “*motivation*” *OR* “*demotivation*”)) *AND* (“*body practices*” *OR* “*physical activity*” *OR* “*exercise physical*”)) *AND* (“*health promotion*” *OR* “*disease prevention*”) *AND* (“*policy*” *OR* “*politics*”) e *Mesh*2 – Pesquisa B: ((((“*body practices*” *OR* “*physical activity*” *OR* “*exercise physical*”) *AND* (“*system*” *OR* “*model*”)) *AND* (“*health*” *OR* “*ecological*”)) *AND* “*determinants*”) *AND* (“*policy*” *OR* “*politics*”).

As buscas de evidências nos *sites* de base de dados da saúde foram: Bireme – Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), no *PubMed Health* (MEDLINE), *Health Systems Evidence* (HSE), *Cochrane Library*, *Search Trip* Database, *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), portal de periódicos CAPES e literaturas cinza.

Determinaram-se os seguintes critérios de seleção para a literatura específica: tipo de narrativa na língua portuguesa ou inglesa; período de 2005 a 2015; seres humanos; revisões sistemáticas, metanálises, metassínteses e guias; análise de resumos (com os temas de interesse); e classificação acima de oito pelo método AMSTAR (zero a 11).

Após serem selecionados, os artigos foram agrupados em três propostas sínteses de intervenção e tomada de decisão: proposta 1 – motivos relacionados à inclusão e à adesão à atividade física; proposta 2 –as intervenções em atividade física e a qualidade dos serviços prestados; proposta 3 – os impactos da participação da comunidade na efetividade das ações desenvolvidas.

RESULTADOS

A Figura 2 mostra os resultados das pesquisas A (os motivos relacionados à adesão – *Mesh* 1) e B (voltada para determinantes da atividade física, modelos e políticas de saúde – *Mesh* 2). Os dados apresentam as pesquisas realizadas pelos dois avaliadores e as buscas priorizaram *sites* com bases de dados da saúde e em pesquisas avançadas.

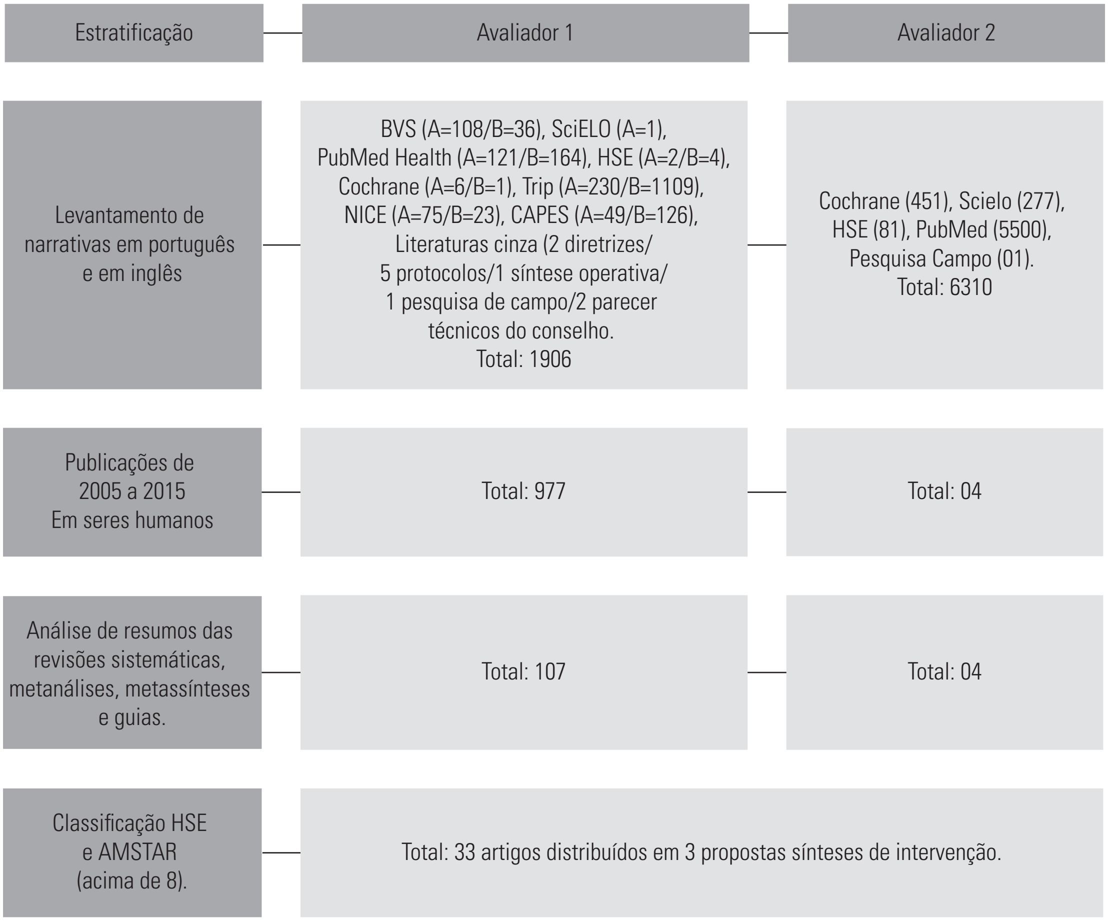

Figura 2 - Achados na literatura.

DISCUSSÃO

A presente revisão ressaltou pontos exitosos da literatura e os classificou como achados relevantes a fim de gerar informações que possam auxiliar no aumento de adesão dos cidadãos à atividade física.

O estudo classificado na proposta 1 – motivos relacionados à inclusão e à adesão à atividade física – mostra alguns impactos prováveis como a identificação de fatores benéficos que influenciam na adesão, sendo eles: o indivíduo e sua cultura/valores; as relações sociais; o meio ambiente; as políticas do território e dos serviços; as arquiteturas; o conteúdo e entrega; os mecanismos de referência; a escolha da atividade; as qualificações e o custo de profissionais.[6]

Para compor a proposta 2 – as intervenções em atividade física e a qualidade dos serviços prestados –, foram analisadas as linhas-guia e os posicionamentos do Reino Unido.[7] Essas são excelentes revisões de orientação da população, com resultados comprovados do benefício do exercício físico nas cardiopatias, nos acidentes vasculares cerebrais, nos trombos, no câncer (evitando o reaparecimento), nas doenças metabólicas (diabetes, obesidade, fígado, renais) e nas dores osteomusculares.

Recomenda-se que crianças e adolescentes acumulem 300 minutos de atividade física por semana, com intensidade moderada a vigorosa composta de atividades recreativas. Já para os adultos e idosos a orientação é somar 150 minutos de atividade física por semana, durante 30 minutos, cinco dias da semana, em intensisdade moderada, contínua ou fracionada ou durante 20 minutos três dias da semana, em intensidade vigorosa, associada à musculação dois dias da semana. A progressão da intensidade do treino é fundamental para o aumento da expectativa de vida e da própria motivação para a prática.

Pesquisa realizada com quase 300 escolares (segundo até o quarto ano) mostrou que alunos que estudam em pé mostram concentração 12% maior que a dos alunos que permanecem sentados[8], o que equivale ao acréscimo de sete minutos por hora de tempo de atenção. Com atividade física recomendada é possível ficar até sete horas/dia assentado sem riscos adicionais à saúde.[9] Caso não faça o recomendado, o tempo assentado reduz para apenas três horas/dia sem riscos potenciais à saúde.

É importante identificar a fase do modelo de mudança de comportamento e identificar se o indivíduo quer mudar (agir), perguntando-lhe suas pretensões futuras acerca de sua condição de saúde. Manter o nível de motivação depende de fatores como: não desanimar diante das dificuldades iniciais, escolher exercícios que gerem mais prazer, planejar o tempo para a realização da prática, buscar ambientes e clima agradáveis, tarefas em grupo ou individualmente, conhecer as políticas de promoção de saúde da cidade, manutenção do estilo de vida ativo durante os deslocamentos e o tempo de lazer.[10] Em relação aos ambientes de trabalho e/ou estudo, pode-se promover a ambiência para escritórios ativos, alternar momentos assentados e em pé, manter postura adequada, adaptar o mobiliário, fazer intervalos de cinco a 10 minutos para reduzir o tempo de cadeira, elaborar grupos de atividade física com colegas de trabalho.[7]

Já em relação às atividades do lar, é possível assistir à televisão em pé ou em exercício estacionário, limpar a casa programando variar as atividades por dia e lavar o carro.

Proposta 3 – impactos da participação da comunidade na efetividade das ações desenvolvidas: o processo de implementação de política incorpora múltiplas perspectivas teóricas que especificam um conjunto de comportamentos organizacionais para intervenções na obesidade infantil[11], por exemplo. Os incentivos fiscais direcionados a programas de mudança de comportamento podem reduzir o gasto com remédios e futuras internações.[11] No entanto, esse mesmo estudo cita que há necessidade de testar a teoria por outros pesquisadores.

CONCLUSÃO

Nessa visão, eleva-se a importância da comunicação (sabendo-se que a voz mais importante é a do usuário do serviço), garantindo a continuidade e sustentabilidade das ações planejadas (com a gestão ética que caminha de acordo com as necessidades do usuário) e refinando o processo de trabalho com a educação continuada e permanente com a equipe de saúde embasada para atuar no problema.[12] Os encontros (expressão linguística) e a ação comunicativa ressignificam as culturas do movimento e os modos de vida dos sujeitos. Os sistemas baseados no individualismo possessivo se rompem pelas inter-relações dos agentes, assim, tem-se a soberania popular como base normativa de espaços públicos.[13]

REFERÊNCIAS

1. Barreto SM, Pinheiro ARO, Sichieri R, Monteiro CA, Schimidt MI, Lotufo P, *et al.* Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde da Organização Mundial da Saúde. Epidemiol Serv Saúde. 2005;14(1):41-68.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva e Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 76 p.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde 2006; 60 p.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Reports. 1985;100(2):126-31.
6. Bauman AE, Reis RS, Sallis JF, Wells JC, Loos RJ, Martin BW. Lancet physical activity series working group. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? Lancet. 2012;380(9838):258-71.
7. Williams NH, Hendry M, France B, Lewis R, Wilkinson C. Effectiveness of exercise-referral schemes to promote physical activity in adults: systematic review. Br J Gen Practice. 2007;57(545):979-86.
8. Dornhecker M, Blake JJ, Benden M, Zhao H, Wendel M. The effect of stand-biased desks on academic engagement: an exploratory study. Int J Health Prom Educ. 2015;53(5):271-80.
9. Chau JY, Grunseit A, Midthjell K, Holmen TL, Holmen J. Sedentary behavior and risk of mortality from all-causes and cardio metabolic disease in adults: evidence from the HUNT3 population cohort. Br J Sports Med. 2013;49:737-42.
10. Bonolo A, Nakamura PM, Ferreira CP, Kokubun E. Associação entre percepção de saúde e presença de doenças com os principais motivos para ingressar em um programa de exercício físico em Unidades Básicas de Saúde. Braz J Phys Activity Health. 2014; 19(1):10-20.
11. Hendriks AM, Jansen MWJ, Gubbels JS, Vries NK, Paulussens T, Kremers SP. Proposing a conceptual framework for integrated local public health policy, applied to childhood obesity: the behavior change ball. Implement Sci. 2013;8(1):1-8.
12. Cecílio LCO. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do menos"? Saúde Soc. 2012;21(2):280-9.
13. Habermas J. Mudança estrutural da esfera pública: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1984. 398 p.